维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.4

二、术前准备

1.心理护理:该手术是新开展的一项技术,护理人员作好术前宣教工作。根据每个病人不同的情况进行适当的解释,并说明手术的目的、时间、麻醉方法以及介绍手术医生情况,以缓解病人对手术的神秘感和恐惧心理,提高病人对医护人员的信赖。

2.皮肤准备:按常规经腹部手术范围及方法进行术野皮肤清洁。因为手术可能在脐孔穿刺,所以要特别注意脐孔的清洁,可用酒精清洁脐孔,必须严防损伤脐孔,以免引起继发感染。

3.留置胃管、尿管:术晨置胃管,确保有效胃肠减压,防止肠胀气,影响术野的暴露;留置尿管,一方面在手术中可使膀胱空虚,防止尿储留;另一方面手术中易于辨认膀胱,防止误伤。

三、术后护理

1.心理护理:应体察和理解病人的心情,从每个环节来减轻病人的疼痛,采用具有亲和力的语言和行为、暗示等,比如听音乐等均可减轻疼痛,消除心理负担。

2.生命体征的监测及引流管的护理:术后麻醉未清醒时取去枕平卧位,头偏向一侧,保证充分的氧气吸入,预防二氧化碳气体积蓄在膈下引起的反射性肩痛和高碳酸血症产生。术后保持有效胃肠减压,观察量、色及性质,术后2~3 d待病员自行排气后便可拔除,在此期间还要鼓励病员早期离床活动,以利于肠道蠕动;尿管可在术后第一天晨拔除。

3.预防感染:术后遵医嘱应用抗生素,并且严密监测体温,预防切口感染。此外还要预防呼吸道的感染,病员一般都采用气管插管静脉复合麻醉,为预防全麻术后喉头水肿、肺部感染等并发症的发生,术后及时清除口咽部分泌物,嘱病员有痰时尽量咳出,必要时协助拍背咳痰,鼓励其早期下床活动,不易咳出粘稠痰时给予超声雾化吸入3~4次/d。

4.饮食护理:根据结、直肠术后饮食的特殊性,制定一个合理的饮食计划尤为重要。待胃肠道恢复蠕动后,可进水、果汁等,2~3 d可进全流食,一周可进半流食,不可以进食含纤维素及辛辣刺激性的食物。

(收稿日期:2002-10-13)

肩胛舌骨肌综合征的诊治

张文平*

肩胛舌骨肌综合征较为罕见,主要临床特征为病人在吞咽时颈部突起一包块,待吞咽动作完成后,颈部包块随之消失,颈部触诊则无明显包块。现将我院1989年至2001年收治的11例肩胛舌骨肌综合征报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:11例中男6例,女5例,年龄21~67岁,平均46.61岁。病程1个月~3年。8例为左侧颈部肿块,3例为右侧颈部肿块。主要症状为吞咽时不适或吞咽困难及颈部肿块。查体:病人吞咽时颈部相当于胸锁乳突肌中下段处可见一直径2~3 cm大小肿块,触之光滑,边界不清,无压痛,不随吞咽上下活动,无波动感,无震颤,未闻及血管杂音。吞咽动作完成后,颈部肿块消失,再触诊时,无明显包块。术前均常规行甲状腺扫描及颈部B超检查,11例甲状腺扫描正常,7例B超检查示左(或右侧)侧肩胛舌骨肌增厚,4例B超检查示颈部未见异常,全组均行肌电图检查无特征性改变。

2.治疗方法:全组11例均行手术治疗,2例采用局麻,9例在颈丛麻醉下行肩胛舌骨肌切断术。手术在胸锁乳突肌下部行低位横切口,长约3~5 cm,逐层切开皮肤,皮下组织,显露颈动脉鞘区,并略向上分离,找到带状的肩胛舌骨肌下腹,触之较韧,嘱病人行吞咽动作,该肌肉即向前上方挺起并推动位于其浅面的胸锁乳突肌向前上方移动,形成左颈部包块,吞咽动作结束后颈部肿块消失,将肩胛舌骨肌游离一段后,分离肌肉筋膜间粘连,切断并结扎两端,再嘱病人吞咽时颈部不出现肿块,缝合切口。

二、结果

全组病人均于术后1周内痊愈出院,随访6个月~3年,病人无症状且颈部无肿块再出现,术后均行病理检查,报告为横纹肌部分萎缩、纤维化。

三、讨论

1.肩胛舌骨肌起于肩胛骨上缘肩胛横韧带,止于舌骨体外侧半,它的作用是下拉舌骨,受颈袢C_{1-3}神经支配。人在进行正常吞咽动作时下颌固定,舌骨上肌群收缩上提舌骨,以推挤食物团向食管内移动,待一次吞咽动作结束,舌骨下肌群收缩下拉,使舌骨回到原来的位置,此时肩胛舌骨肌只能沿中间腱鞘限定的范围活动,因此中间腱鞘具有向下牵拉舌骨的作用,若将肩胛舌骨肌的上点,中间腱鞘中点以及起点划一连线,即呈"L"型。

2.肩胛舌骨肌综合征的病因是先天性筋膜发育薄弱,劳损或撕裂导致中间腱鞘松弛所致。一旦中间鞘松弛,对中间腱的约束固定作用减弱消失,肩胛舌骨肌处于松弛状态,逐渐发生该肌的废用性萎缩、变性,弹性丧失,长度缩短,吞咽时不能相应地伸长,失支有效约束的中间腱向外上方移位,肩胛舌骨肌

* 作者单位:046000 山西省长治医学院和平医院胸外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

下腹在锁骨中份后缘的固定筋膜或斜方肌前缘便取代中间鞘的固定作用成为新的着力点，病人在吞咽时舌骨上提，牵拉舌骨上点与新着力点间已缩短的肩胛舌骨肌，使之呈弦样紧张，与胸锁乳突肌形成"X"形交叉，拱抬起向后上走行的胸锁乳突肌中下部，所以在临床上表现吞咽时颈部出现肿块。缩短的肩胛舌骨肌不但在吞咽时限制舌骨上抬，而且有外牵舌骨分力现象，从而影响了吞咽动作的连续性，故病人有吞咽不适或吞咽困难及颈部压迫感。吞咽结束后，舌骨复位，肩胛舌骨肌回缩到胸锁乳突肌深部，局部肿块消失，颈部触诊时无明显肿块。

3. 在诊断该综合征时，要进行必要的辅助检查，全组病例术前除常规行颈部B超、心电图及甲状腺扫描外，也做胸片及食管造影检查，以排除颈内静脉扩张、颈动脉瘤、胸膜疝、甲状腺肿等疾病。

4. 手术时，在显露下段胸锁乳突肌后，有经两头，经前缘，经后缘3种方法进路，其中最常用是经两头之间。该进路分离组织少、操作简单、方便、损伤少，肩胛舌骨肌同胸骨舌骨肌及甲状舌骨肌都有下拉舌骨的作用，变性缩短的肩胛舌骨肌已失去正常功能、同时也限制舌骨上抬导致吞咽障碍，切断该肌后对整个舌骨下肌群的功能无明显影响。因此，手术切断肩胛舌骨肌是治疗肩胛舌骨肌综合征的主要方法，手术操作简便，无功能障碍，同时探查有否异位小的带状肌肉，发现后一并切断，术后效果良好。

（收稿日期：2002－11－18）

B超显像在引产术中的应用

何造雄* 刘睦宇* 刘富荣**

自1999年10月至2001年1月，我院中孕引产50例，均无禁忌证。常规羊膜腔穿刺引产。仪器：采用SDU-500型B型超声仪，探头频率3.5 MHz。临床效果满意。现报道如下。

一、资料与方法：羊膜腔穿刺术在B超监视下进行。术前室内紫外线消毒，受术者排空膀胱后取仰卧位，B超观察胎盘面积，附着部位，腹壁与宫壁的厚度，胎儿大小及脐带游离于羊膜腔内的部位后，确定穿刺点，以避开胎体及胎盘附着处，然后按常规进行羊膜腔穿刺，见清亮羊水后，将1%雷夫奴尔4 ml注入。本组B超探测及羊膜腔穿刺均固定专人操作，全部为一次性给药。

二、结果

50例中45例一次穿刺获得成功（90%）。目前，国外已将超声波胎盘定位应用于临床羊膜腔穿刺术，它对确定从子宫无胎盘区部位进针，确定胎儿和脐带的部位，以及辩认羊膜腔隙的部位起着重要作用，减少误伤胎盘的危险。

三、讨论

为确保引产手术的安全，防止并发症的发生，本组在羊膜腔穿刺术前，常规B超探测，初步体会如下：

1. B超下羊膜腔穿刺能够避免损伤，提高穿刺的准确性。羊膜腔大小随孕周、胎儿体位及个体差异而不同，按经验用手法确定的穿刺点盲目性很大，而多次穿刺能增加病人的痛苦，又易引起并发症。在B超显像下进行羊膜腔穿刺术，能在直视下了解胎盘附着部位及面积大小，羊膜腔间隙大小及位置，以确定进针最佳部位和方向，提高了羊膜腔穿刺的准确性。另外，通过对腹壁及子宫壁厚度的测定，对进针深度也可估计得较为精确。

2. B超探测有助于选择引产方式。引产方法的选择多根据孕周、宫底高度、宫颈情况而异。B超探测下，可根据羊膜腔隙大小，胎儿头—臀径长度及双顶径宽度，正确判断胎龄，选择恰当的术式。

3. B超显像有助于引产前发现前置胎盘。此点使术者对分娩时可能发生的情况有一充分估计。

4. B超探测羊膜腔隙大小和形态。随体位、胎儿位置和体势的变动，B超显示的羊膜腔会改变，病人移动体位，都会使已在B超下确定的计划穿刺点有所改变。因此定位后至穿刺前应保持病人体位不变，并主张在B超直视下行羊膜腔穿刺。

5. 中孕引产注入利凡诺，通常盲目穿刺能成功，但有时也会刺入胎盘抽出血液，穿刺前用超声进行羊水定位，避开胎盘，选择羊水较多的区域，即使不能避开胎盘，也可监视进针深度，穿透胎盘再进入羊膜腔，有时胎膜早破，羊水极少，或其它原因引起羊水过少，盲目穿刺困难较大，即使超声定位后，也不易穿刺，需要在超声引导或监视下进行，监视穿刺针到达所需部位。操作者可经两次阻力（腹壁与子宫）后组织抵抗突然消失之感觉，拔出针芯接上注射器，抽出羊水证实针尖位于羊膜腔内方可注入利凡诺，注射完毕，插入针芯后拔针。超声引导下羊膜腔穿刺明显优越于盲目穿刺，对盲目穿刺失败者，可提高穿刺成功率，减轻病人痛苦，降低感染率。在目前条件下，对于孕周较小（13—16周），子宫大小与孕周不符，或估计穿刺有一定困难的中孕引产病例，应常规进行B超探测，以协助确定术式和穿刺部位。

（收稿日期：2002－11－15）

* 作者单位：519015 广东省珠海市计划生育服务中心
** 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院妇产科